

Hvordan øke kulturell kompetanse hos spesialistkandidater i psykiatri?

Mohammad Muzakar Amin



Prosjektoppgave ved Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2012

Abstract

In fall 2011, the specialist committee of psychiatry of the Norwegian union for doctors suggested a change in the rules of specialization in psychiatry. Among these changes were to include 9 months duration of sub specialization at a preapproved unit. Among these units, the author of this paper argues that the field of transcultural psychiatry should be given priority. The purpose of this paper is to assess what subjects a sub specialization in transcultural psychiatry for residents should encompass. In order to provide the most effective suggestions for a curriculum, relevant review articles and selected literature has been consulted by way of searching through databases available at PubMed, in addition to other methods. The results showed lacking evidence of effect of training in transcultural psychiatry on patient outcomes, but also showed increased level of empathy and of patient satisfaction. There is certain disagreements as to how transcultural psychiatry should be defined and what interventions should be given priority to in order to assess the effectiveness of training in this field. The conclusion of this paper is that important subjects are awareness of the counselor's own cultural views and biases, culturally based patterns of action, religion and spirituality as a cultural factor, transcultural skills and usage of interpreters.

Forord

I september 2011 foreslo spesialistkomiteen i psykiatri endring av spesialistreglene i psykiatri for helse- og omsorgsdepartementet. Spesialistutdannelsen er foreslått å skulle bestå av 5 års tjeneste i psykiatri, med minst 12 måneders varighet av akuttpsykiatri med vaktjeneste, minst 9 måneders rehabilitering av langtidssyke med alvorlige sinnslidelser, minst 12 måneders tjeneste på allmennpsykiatrisk poliklinikk og 9 måneders fordypningstjeneste hos avdeling eller enhet som er spesielt godkjent for fordypningstjeneste. For at man skal kunne undervise spesialistkandidater i psykiatri godt i transkulturell psykiatri, er det viktig å sette et fokus på hva som bør undervises. Det er min erfaring at i møter med psykiatere og allmennpraktiserende leger som utøver psykisk helsearbeid forteller flere av dem at en av de største utfordringene deres er pasienter med en ikke-vestlig kulturell bakgrunn. Det er ofte en annen sykdomsforståelse, en annerledes oppfatning av rollen som pasient og ofte andre opplevelser som pasienter med fremmedkulturell bakgrunn er preget av.

I tråd med dette ser jeg også, som en med ikke-vestlig kulturell bakgrunn selv, at mennesker fra det subindiske kontinentet ofte ikke føler seg forstått av sine behandlere. At forholdet mellom behandler og pasient er kjennetegnet med empati er å anse som essensiell i en psykiatrisk sammenheng. På basis av personlige erfaringer i helsevesenet, kombinert med dette forslaget fra Legeforeningen, foreligger nå denne prosjektoppgaven som et forslag til hvilke temaer som bør undervises som en viktig del i en fordypningstjeneste i transkulturell psykiatri.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Innledning.....	5
2 Metode.....	6
3 Resultat.....	7
3.1 Hva er transkulturell psykiatri.....	7
3.2 Måling av effekten av undervisning i kulturell kompetanse	8
3.3 Indikasjoner på positiv effekt av opplæring på somatisk pasienthelse	8
3.4 Resultater relatert til pasienttilfredshet	9
4 Diskusjon.....	10
4.1 Stereotypier som uønsket resultat	10
4.2 Hensiktsmessig effektmåling av opplæring i kulturell kompetanse.....	11
4.3 Relevante og aktuelle temaer for undervisning i transkulturell psykiatri	12
4.3.1 Selvinnsikt i egne holdninger og kulturell virkelighetsoppfatning	12
4.3.2 Kunnskap om kulturelt betingede handlingsmønstre	13
4.3.3 Religion og spiritualitet som en kulturell faktor	13
4.3.4 Transkulturelle ferdigheter	14
4.3.5 Bruk av tolk.....	15
4.3.6 Andre aktuelle temaer	15
5 Konklusjon	17
6 Referanser.....	18

1 Innledning

Det ble i vår 2008 utført en studie ved Klinikk for Medisin ved Lovisenberg Diakonale Sykehus blant sykepleiere for å kartlegge selvopplevd kompetanse relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det kommer der tydelig frem at det er i svært liten grad noen internundervisning i temaet, og at det samtidig er et selvopplevd generelt behov for mer kompetanse i møtet med fremmedkulturelle pasienter (1). Dette ser ut til å være en generell trend i det norske helsevesenet, også blant psykiatere. Det kom også frem under en undersøkelse blant psykiatrisk annenlinjetjeneste at kultur og kommunikasjon med flyktninger var det som ble oppgitt som særlig problematisk eller krevende i arbeidet av flest enheter. Nesten 80 % av enhetene uttrykte også behov for mer kunnskap knyttet til kulturforståelse, og 35 % av enhetene ønsket mer kunnskap om bruk av tolk (30).

Det finnes også en del studier av lav til moderat kvalitet som viser at pasienters helse som viser at opplæring i transkulturell psykiatri hos deres behandlere har en positiv effekt på deres helse (2-4). Dette viser at det er et behov for bedre opplæring i kommunikasjon og kunnskap i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, samt at det er nyttig med undervisning i emnet.

Det foreligger uenigheter i litteraturen om hva kulturell kompetanse innebærer, og om hvilken tilnærming til kulturelt mangfold man bør ha. Det har som regel blitt definert som en variant av dens formål; nemlig å tilby mer tilgjengelig, akseptabel og effektiv helsevern til pasienter fra minoritetskulturer (32). Et eksempel er fra Betancourt (2003): ”evnen hos systemer til å tilby helsetjenester til pasienter med ulike verdier, tro og handlingsmønstre, inkludert å skreddersy tilbudet til pasientens sosiale, kulturelle og språklige behov” (31). Hauff benytter ”evnen til å forstå og samhandle effektivt med pasienter med forskjellig kulturell bakgrunn” (9). Uenighetene om definisjonen gjenspeiler behovet for en oppklaring og klarere definisjon i forskningslitteraturen (32). Den valgte operative definisjonen blir i denne oppgaven blir den sistnevnte definisjonen på grunn av fokuset på den kliniske delen av kulturell kompetanse som er relevant for opplæring av spesialistkandidater i psykiatri.

Den spesifikke problemstillingen som er valgt, er å undersøke hvilke temaer som er aktuelle for fordypning i kulturell kompetanse som fordypning i spesialistutdannelsen i psykiatri.

2 Metode

Siden formålet med oppgaven er å foreslå temaer som kan være aktuelle for en fordypning i kulturell kompetanse i psykiatrien, anså jeg det som hensiktsmessig å søke etter faglitteratur som omtaler emnet og tar for seg hva det er og hvilke temaer som er hensiktsmessig å ha som pensum i det. Mye oppdatert forskningslitteratur kan finnes på PubMed, derfor har jeg valgt systematiske og usystematiske søk for å finne relevante resultater. Søkeordene som ble benyttet var blant annet "(transcultural or intercultural or crosscultural or cultural) and (psychiatry or mental health) and (training or course or curriculum or competence or competency or course)". Fokuset for søket lå i å finne review-artikler som oppsummerte relevant forskning på hvilke tiltak for opplæring som har hatt effekt i ulike studier. Deretter gikk jeg gjennom søkeresultatene og forsøkte å finne referanser til relevante studier, og gikk til disse og så etter hvilke nye siteringer som fantes av disse. Jeg benyttet også usystematiske søk på google scholar for å finne relevante resultater.

I tillegg fikk jeg låne kursmateriell fra kurset i transkulturell psykiatri fra kanadiske McGill University av min veileder Edvard Hauff, i tillegg til andre nyttige publikasjoner relatert til transkulturell psykiatri.

3 Resultat

3.1 Hva er kulturell kompetanse?

Det er dokumentert at kulturell bakgrunn er en viktig faktor for pasienters avgjørelser for problemdefinering og valg av behandling (5, 6). En oversiktsstudie fra 2005 viser at kulturell kompetanse ofte inkluderer kulturell sensitivitet, kognitiv kulturell kunnskap og relaterte spesialiserte evner (7).

Noen artikler peker på at fokuset i kulturell kompetanse i psykiatri er hovedsakelig fokusert rundt fire faktorer: samfunnskontekst, kulturelle karakteristika blant lokale populasjoner, organisatorisk infrastruktur og direkte behandlerstøtte (8).

E. Hauff definerer kulturell kompetanse som ”evne til å forstå og samhandle effektivt med pasienter med forskjellig kulturell bakgrunn”, og fremsetter også at denne omfatter fire komponenter: oppmerksomhet på egen kulturell virkelighetsoppfatning, holdninger til kulturelle forskjeller, kunnskap om forskjellige kulturelt betingede handlingsmønstre og virkelighetsoppfatninger, samt krysskulturelle ferdigheter (9). Dette er hentet fra definisjonen som fremlegges av Wikipedia (33).

Andre peker på at det er hovedsakelig to trender i litteraturen for hvordan man forholder seg til kulturen: Den første fokuserer på det kognitive aspektet ved kulturen, der man tar for seg verdiene, troen og tradisjonene hos en gruppe identifisert ved deres språk eller sted. Den andre trenden i litteraturen er at man forsøker å kontekstualisere kulturen i en bredere sammenheng, der pasientens stilling i samfunnet som resultat av forholdene mellom fremmedkulturelle grupper og majoritetsgruppen er fokuset. Dette blir i stedet kalt ”kulturell sensitivitet” (10), og fokuset ligger her mer på å ivareta deres kulturelle identitet idet man forsøker å ikke fornærme dem (32).

Det er også tilsvarende veldig varierende hva som undervises i emnet på medisinstudier på de ulike universitetene i Storbritannia (11).

3.2 Måling av effekten av undervisning i kulturell kompetanse

Det er generelt sett ganske bred enighet i relevant forskningslitteratur om at det foreligger for få studier av god kvalitet som beviser at undervisning i kulturell kompetanse bedrer somatisk helse hos pasientene. En viktig faktor for denne mangelen er uenighet hva som er kulturell kompetanse. Denne uenigheten medfører da også ulike metoder for hva som undervises under fanen ”kulturell kompetanse”. For eksempel viste en studie en positiv effekt på pasienters opplevde respekt og følelse av å bli lyttet til av legen etter at de hadde gjennomgått 10 ukers opplæring i opplæring i spansk, som var målgruppens morsmål, med fokus på relevant medisinsk ordforråd (34). Tilsvarende foreligger det store forskjeller i hvilke indikatorer og mål de ulike studiene benytter for å undersøke de eventuelle effektene av kulturell opplæring. En systematisk metaanalyse med sammenslåing av data er av den grunn ikke praktisk gjennomførbart (12). Behandlerens opplevde og rapporterte empati, pasientens opplevde og rapporterte empati samt somatiske og psykiske pasientutfall er alle åpne for confounding, hvilket ytterligere gjør det prekært å etablere objektiv effekt av kulturell opplæring.

3.3 Indikasjoner på positiv effekt av opplæring på pasienthelse

Forskjellene i definisjon av kulturell kompetanse, hva som undervises for å bedre den kulturelle kompetansen hos behandlere, og målemetodene for effekten av opplæring resulterer derfor i at det er vanskelig å etablere evidens for at kulturell kompetanse bedrer pasienthelse (12). Denne konklusjonen er også å finne i tilsvarende relevant litteratur (7, 13)

Men det er likevel en liten mengde studier av lav til moderat kvalitet som indikerer at det er en positiv effekt på somatisk helse hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn som er i terapi hos en behandler med opplæring i kulturell kompetanse i forhold til dem med behandler som ikke har gjennomført utdanning i kulturell kompetanse. Det var i denne systematiske oversiktsstudien ingen studier med negativ effekt på pasientenes helse, og tre studier med lav til moderat kvalitet som viste positiv effekt (4, 14, 15, 17, 18). Studien til Mazor et.al. (2002) gikk ut på å lære spansk til behandlere av en pasientgruppe med spansk som morsmål. (34), og fant positiv selvrapportert tilfredshet hos pasienter med legenes respekt, følelse av å bli lyttet til og opplevd empati (34). Studien til Wade et.al. hadde en fire timers undervisning i

kulturell sensitivitet som hadde til hensikt å formulere pasientens problemer i en kulturell sammenheng, forutsi og takle pasientens motstand, gjenkjenne og takle egne defensive holdninger samt å gjeninnhente seg ved eventuelle feilgrep under samtalen (16). Majumdar et.al. (2004) beskrev ikke hva den 36 timer lange undervisningen i kulturell sensitivitet besto av, men resultatet var at pasienter som hadde vært til behandling hos opplærte psykiatere hadde signifikant økt bruk av sosiale og økonomiske ressurser i håndteringen av sine psykiatriske utfordringer. Det er altså store variasjoner i hvilke intervensjoner som er betegnet som ”opplæring i kulturell sensitivitet”, men det er indikasjoner på at det kan ha positiv effekt på pasienthelse sammenlignet med ingen intervensjon.

Thom et.al. (2006) kurset allmennleger i kunnskap om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, aktuelle kommunikasjonsferdigheter og bruk av tolk. Pasientgruppene i denne studien hadde diabetes og/eller hypertensjon, og målte variabler inkluderte både pasientenes vurdering av legenes kulturelle kompetanse, pasienttilfredshet, tillit til lege og somatiske parametre (vekt, systolisk blodtrykk og HbA1c). Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller i målte variabler (35).

Felles for flere av artiklene som omtaler effekt av kulturell opplæring er at det påpekes at det er et behov for flere tilsvarende studier (7) og at det er for lav kvalitet på studiene til å etablere at opplæring i kulturell kompetanse har en effekt på pasienthelse (20).

3.4 Resultater relatert til pasienttilfredshet

Når det gjelder tilfredshet blant pasienter som har vært i terapi hos behandlere med opplæring i kulturell kompetanse, er resultatene ganske entydige i at det er en positiv effekt (19). Det er godt etablert at effektivt kommunikasjonsforhold mellom behandler og pasient er knyttet til økt pasienttilfredshet, bedre etterlevelse av anbefalinger og helseutfall (3). Dersom kulturell kompetanse kan medføre et mer effektivt kommunikasjonsforhold, vil dette steget innebære en bedre pasienthelse som en konsekvens, selv om det ikke foreligger studier av god nok kvalitet til å etablere dette direkte.

En studie som er av relevans er gjennomført av Shihwe-Wang og Kim (2010) der en vurdering av videoopptak av samtaler mellom behandlere og pasienter i form av spørreskjema viste en bedre bedømt pålitelighet og kommunikasjon (36).

4 Diskusjon

Det kommer frem av resultatene at det er varierende hvilket begrep som brukes om faget som kulturell kompetanse omfattes av, samt hvordan kulturell kompetanse skal defineres. Det er visse elementer, slik som fokuset på å tolke pasientens kulturelle bakgrunn som en av flere faktorer av en identitet, som går igjen i ulike review-artikler. Det ser derfor ut som om det er en viss enighet om at de har en plass i kulturell kompetanse, selv om de tidvis betegnes ”kulturell sensitivitet” istedenfor ”kulturell kompetanse”. Det er også varierende blant studiene hvilke intervensjoner som er undersøkt og hvilken undersøkelsesmetode som er brukt. Av den grunn fremstår det vanskelig å slå sammen data kvantitativt fra ulike studier for å eksponere eventuelle signifikante funn. Det som det derimot fins bedre indikasjoner på, er at opplæring i kulturell kompetanse med sine varierende intervensjoner, har en signifikant positiv effekt på pasienttilfredshet.

4.1 Stereotypier som uønsket resultat

Betancourt viser til et veldig viktig problem som kan oppstå dersom behandleren som har gjennomgått opplæring i kognitiv kulturell kompetanse bruker kunnskap om kulturelle grupper i feil sammenheng (2). Stereotypier kan oppstå dersom man legger for mye vekt på det man har lært kognitivt om kulturer, der man burde brukt det som en av flere veiledende faktorer i en pasient sin individuelle identitet (10). Også Hernandez et.al. viser til at det er viktig at man anser kulturen som en dynamisk påvirkende faktor på viktige aspekter ved hverdagslivet (8).

Det ser her ut til å være en uenighet mellom Hernandez et.al. og Williamson et.al. idet sistnevnte mener at fokus på kulturelle karakteristika er det som øker stereotypier, mens førstnevnte mener kulturelle karakteristika påvirker strategier for å søke helsehjelp, problemidentifikasjon og behandlingsvalg (5, 8).

Dersom kunnskap om kulturelt betingede handlingsmønstre og virkelighetsoppfatning hadde medført stereotypier, ville man hatt et paradoks der man ikke kunne begrunne hvorfor det var viktig å ha en kulturelt kompetent tilnærming til de angjeldende pasientene samtidig som man faktisk skulle ha en kulturelt kompetent tilnærming til dem. Det er dog, som det klart vises til av Hernandez et.al. og Williamson et.al., et veldig viktig moment at man ikke anser de

kulturelle virkelighetsoppfatningene og handlingsmønstrene som konstante og statiske, men heller som ledd av en helhetlig påvirkning av pasientens identitet. Å ha kunnskap om hvilke premisser en folkegruppe har lagt til grunn for deres virkelighetsoppfattelse er essensielt for å kunne kjenne til hva som er avvikende og ikke. Ikke minst er det relevant i vurderingen av en man mistenker å være psykotisk. Det er for eksempel ikke uvanlig at man tilskriver somatisk sykdom til ”det onde øyet” i mange østlige kulturer. Dersom man ikke kjenner til dette, vil dette fort kunne misforstås til å være et uttrykk for paranoid vrangforestilling, som i verste fall kan medføre psykose som en feildiagnose for en frisk pasient.

Min vurdering er også at Williamson et.al. fokuserer for mye på situasjonen i Australia, der lav sosioøkonomisk status er assosiert med aboriginerkulturell bakgrunn. Det er dog ikke tilfellet for eksempel samer eller innvandrere med sigøynerbakgrunn i Norge. Derfor fremsetter jeg en påstand om at sosioøkonomisk status kan være et resultat av en minoritetskultur, men det trenger absolutt ikke være det. Og slik som Hernandez et.al. påpeker, er sosioøkonomisk status ikke det samme som kultur, og bør anses som noe separat (8).

4.2 Hensiktsmessig effektmåling av opplæring i kulturell kompetanse

Selv om det ser ut til å være bred enighet om at det kun foreligger noen få studier med lav til moderat kvalitet som viser at kulturell opplæring forbedrer pasienthelse, er det tilsvarende en trend som indikerer at det forbedrer pasienttilfredshet (3, 21). Helsedirektoratet hevder at norsk helsevesen skal være av god kvalitet, hvilket bl.a. fordrer at tjenestene skal involvere brukere og gi dem innflytelse og være tilgjengelige og rettferdig fordelt (22), som en konsekvens av helseforetakslovens §1, som etablerer at alle pasienter skal ytes et likeverdig tilbud. Dette viser oss at det er ikke alltid like hensiktsmessig å ha kvantifiserbare mål på somatisk pasienthelse som indikatorer for vurdering av intervensjonseffekt. Det foreligger evidens for at opplæring i kulturell kompetanse medfører økt pasienttilfredshet og bedre pasientrapportert kommunikasjon (21). Dermed vil kulturell opplæring av psykiatere bidra til å bedre kvaliteten av helsevesenet i Norge. Dessuten er det også, som vist til tidligere, studier som viser at etterlevelse av behandling hos pasienter er høyere dersom de har en behandler med opplæring i kulturell kompetanse. Det kan også trekkes en analogi til andre studier om at pasienttilfredshet alene kan være en god nok indikator for effekt av intervensjonen (29).

Konklusivt kommer det altså frem at ulike former for kulturell opplæring har en positiv effekt, enten det er definert og undervist med hovedvekt på kognitiv kunnskap om kulturelle atferdsmønstre, eller om det er på språkbarrierer og kommunikasjonstrening eller om det er andre tilsvarende deler av et større helhetlig perspektiv. Det er i tillegg sannsynlig at den kombinerte effekten av disse ulike komponentene som utgjør en større kulturell sensitivitet og erfaring med kommunikasjonstrening vil være blant det mest optimale alternativet.

4.3 Relevante og aktuelle temaer for undervisning i transkulturell psykiatri

Dersom man skal ha en bredspektret tilnærming til behovet for opplæring, vil det være naturlig å vurdere å inkludere flere av temaene som er inkludert i begrepet kulturell kompetanse.

4.3.1 Selvinnsikt i egne holdninger og kulturell virkelighetsoppfatning

Siden vi ser faren for å generalisere og danne seg stereotypier ved å gi en mindre mengde kunnskap om kulturelt betingede handlingsmønstre, vil en oppmerksomhet på egen kulturell virkelighetsoppfatning være av avgjørende art for å unngå dette problemet. Dette diskuteres av bl.a. Qureshi-Burckhardt og Collazos-Sanchez (8). Det pekes her på evnen til å forstå at egne oppfatninger og kulturelt betingede virkelighetsoppfatning farger vår oppfattelse av den fremmedkulturelle pasientens kulturelle påvirkning. Dette er essensielt for å forstå at transkulturell psykiatri foregår på tvers av to kulturer, og ikke bare pasientens. En slik selvransakelse av etnisk og kulturell arv, av holdninger og oppfatninger om rase, kultur og immigrasjon fordrer en analyse av personlige aspekter ved en selv. Dette er viktig for å avdekke eventuelle holdninger som kan være av hinder for konstruktiv forståelse og behandling av pasienter med en kulturell bakgrunn man har en forutinntatt mening om (10, 23). Til tross for at majoritetskulturen i et samfunn er gjeldende, vil det være nødvendig også for behandlere som tilhører denne å gjennomgå sine holdninger, selv om det trolig er mye mindre subjektivt fokus på ens egen etnisitet og kultur, fordi disse som oftest blir sett på som avspeiler virkeligheten. Det motsatte kan dog være faktum. Dersom behandleren har en minoritetskultur, vil man i større grad ha reflektert over ens egne holdninger og kultur pga en viss ekskludering eller inkludering i erfaringer med at man faktisk tilhører en

minoritetskultur. Ikke desto mindre kan denne selvkonfrontasjonen være ubehagelig men likevel fortsatt nødvendig.

4.3.2 Kunnskap om kulturelt betingede handlingsmønstre

Slik det er beskrevet i resultatkapitlet, er det viktig med en nøktern tilnærming til kunnskap om pasientens virkelighetsoppfatning for å unngå å generalisere denne kunnskapen om til en stereotypi. Med den forutsetningen in mente vil det likevel være av avgjørende karakter å tilegne seg kunnskap om de kulturelt betingede handlingsmønstrene hos pasienter med minoritetskultur, fordi dette er en viktig faktor for deres identitet. For eksempel fortalte en lege på helsestasjonen for barn på Veitvet i Groruddalen i Oslo at han en dag så et øye malt på nakken på et to år gammelt barn av sri lankisk opprinnelse. Han ble forskrekket og mistenkte barnemishandling, men etter å ha tilegnet seg kunnskap om konseptet om ”det onde øyet”, fikk han vite at dette var vanlig i deres kultur, og ble ansett som en spirituell beskyttelse fra sykdom forårsaket av misunnelse. På samme måte er det helt vanlig blant for eksempel norsk-pakistanske pasientgrupper å tro at psykoser og andre psykiske lidelser er forårsaket av demonbesettelse. Dette kan fort tolkes til å være en paranoid vrangforestilling istedenfor en helt vanlig kulturell virkelighetsoppfatning.

Ikke minst er kunnskap om kulturelt betingede handlingsmønstre viktig i relasjon til somatisering av symptomer. Medstudenter har spurt meg om hvorfor fødende kvinner av asiatisk opprinnelse ofte fremstår som hysteriske når ektemannen er til stede i rommet, men ser ut til å roe seg ned når mannen forlater rommet. Tilsvarende er måten pasientene forklarer ulike typer smerter også varierende fra kultur til kultur, der analogier ofte trekkes til kulturspesifikke situasjoner. Det er rimelig innlysende at kulturell kunnskap er av stor nytte når det blir benyttet som en del av en forklaring på pasienters spesifikke fremmedkulturelle handlinger. Dette bør trolig undervises i med fokus på forbehold om at kultur kun er én av flere faktorer for pasientens identitet og påvirkningskilder for handling. Tilsvarende bør det unngås å fremstille det som at det nødvendigvis foreligger kulturspesifikke prioriteringer hos enhver pasient av en viss kulturell bakgrunn, for ytterligere å forebygge dannelse av stereotyper.

4.3.3 Religion og spiritualitet som en kulturell faktor

En del problemstillinger og utfordringer som oppstår hos pasienter med minoritetskultur er at det er varierende forhold og prioriteringer av de intrakulturelle verdiene blant dem. Ikke minst gjelder dette i hvor høy grad man prioriterer konservative religiøse verdier i forhold til andre kulturelle verdier, i de situasjonene disse innebærer motstridende normer for handlinger. Et vanlig eksempel på dette er valg av ektefeller blant muslimer fra det indiske subkontinent, der den kulturelle normen er at man velger noen fra sin egen slekt, mens deres religion tradisjonelt ikke har noen slik spesifikk anbefaling. Grunnet egen bakgrunn fra denne kulturen, erfarer jeg at dette ofte er et tema der det er store uenigheter blant barn av førstegenerasjons innvandrere. Det kan lede til sosial boikott, depresjon og isolering.

En innføring i relevante religioner og hvordan de praktiseres blant forskjellige kulturer, med spesielt fokus på sosiale relasjoner, vil være av nytte for å få innsikt i psykiske problemstillinger som oppstår som følge av dette. Det er ofte signifikant for pasienter, spesielt de med kronisk mental sykdom. Det kan derfor være av nytte å forstå hvordan pasienten forklarer sin situasjon (24). Dessuten er religion ofte noe som strekker seg på tvers av kulturelle og geografiske grenser, og gir dermed et visst gripepunkt for forståelse av virkelighetsoppfatningen hos pasienter som er religiøse. Det er studier som indikerer at deltakelse i regelmessige religiøse tilstelninger kan virke beskyttende mot utvikling av noen psykiatriske lidelser (25). Det kan også være av nytte dersom pasienten har en minoritetskultur som ikke er godt representert ellers i samfunnet. Som et eksempel på sistnevnte vil en pasient med somalisk bakgrunn og en pasient med malaysisk bakgrunn ha en del fellestrekk i deres kultur som en følge av lik religion. Dette kan man dermed dra nytte av som behandler, hvis man kun kjenner til den enes kultur på forhånd, ved å spørre om relevante likheter.

4.3.4 Transkulturelle ferdigheter

Samtaleferdigheter i klinisk sammenheng kan trenes på med skuespillere, slik det gjøres under medisinstudiet ved Universitetet i Oslo, men det har likevel en begrenset verdi sammenlignet med veiledet erfaring fra en klinisk praksis med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. I en situasjon der en pasient skal forklare sin oppfatning av sin livssituasjon og sine fortolkninger av emosjonelle og sosiale forhold i livet, benyttes mange ikke-verbale signaler for å indikere sine følelser. Dersom man ikke er kjent med hvordan dette varierer blant ulike kulturer, vil en kunne misforstå slike ikke-verbale signaler. For eksempel

er det ikke vanlig med øyekontakt blant visse asiatiske miljøer under en samtale med mindre det er for å uttrykke sinne eller lidenskap. Tilsvarende brukes ofte analogier og metaforer for å utdype forklaringer, som ikke alltid er like universelle på tvers av kulturer. Det finnes her også noen praktiske verktøy man kan trene på å benytte, eksempelvis Kultur, kontekst og psykopatologi, som er en manual for diagnostisk intervju av kulturformulering basert på DSM-IV (26).

4.3.5 Bruk av tolk

I flere tilfeller vil pasienten ikke ha tilegnet seg tilstrekkelige språkkunnskaper for å kunne gjennomføre en samtale på norsk. Dersom det er hensiktsmessig at man benytter en tolk, er det av avgjørende karakter at behandleren sørger for at pasienten er innforstått med hvordan dette foregår, og at både behandler og pasient er trygge på bruken av tolk. Bruk av et medium som prosesserer den verbale kommunikasjonen er en arbeidsform som det er viktig at psykiatere mestrer. Av den grunn bør bruk av tolk prioriteres i spesialiseringen, trenes på og gjennomgås grundig (27). Dersom det er uklarheter for psykiatere relatert til verktøy som er av avgjørende karakter for kommunikasjonen, vil det kunne medføre misforståelser, som er meget uheldig i psykiatrisk sammenheng.

4.3.6 Andre aktuelle temaer

Hernandez et.al. foreslår å inkorporere kulturelle helbredelsestradisjoner i behandlingstilbudet (8). Dette fremstår ikke som å være spesielt hensiktsmessig dersom man fastholder at kunnskapsbasert praksis skal være gjeldende norm for norsk helsevesen. Å gå utenfor de fagfeltene som er aksepterte i norsk helsevesen fremstår derfor som et uheldig forslag. Det ville ikke vært forsvarlig medisinsk praksis å tilby noe man ikke har kompetanse i. Derfor anser jeg ikke parallelle behandlingssystemer som noe man bør praktisere i norsk helsevesen.

Det kan diskuteres om barnepsykiatri med et fokus på krysskulturell behandling kan være egne aktuelle temaer. Barn påvirkes i meget høy grad av foreldrenes forklaringer, og har muligens derfor enda større påvirkning av de grunnleggende kulturelle verdiene. Dette modereres trolig i høy grad av sosial omgang med barn av majoritetskultur utenfor hjemmet. Det er likevel et viktig moment, ettersom mange barn ikke blir sendt i barnehage, og er dermed ikke nødvendigvis i regelmessig sosial omgang med majoritetskulturelle personer før de begynner på skolen som 6-åringer. Men det fortoner seg heller som en del av

barnepsykiatrien å undervise i dette, og ikke en del av transkulturell psykiatri, ettersom det er slik pasientansvaret er fordelt.

5 Konklusjon

Dersom forslaget fra legeforeningens spesialistkomité til helse- og omsorgsdepartementet blir godkjent, vil det være hensiktsmessig å prioritere transkulturell psykiatri som et valg for fordypningstjeneste. Dette er basert på et behov i norsk helsevesen for økt empati ved behandling av fremmedkulturelle pasienter. Forskning viser at psykiske symptomer kan uttrykkes ulikt, hvilket blant annet påvirkes av pasientens kulturelle bakgrunn. Erfaring viser også at misoppfattelser av fremmedkulturelles handlinger raskt kan oppstå dersom behandleren er ukjent med pasientens kultur og virkelighetsoppfatning. Siden transkulturell psykiatri defineres ulikt, er også forskningen som er utført, og resultatene som er funnet varierende. Men det fremkommer likevel noen relevante trender i litteraturen, som kommer til uttrykk i review-artikler. Blant disse er at det ikke foreligger nok evidens for at pasientenes somatiske helse bedres av at behandleren gjennomgår opplæring i kulturell kompetanse. En annen trend er at pasienttilfredsheten og behandlerens subjektivt oppfattede kommunikasjon bedres av en slik opplæring. Det er også indikasjoner på at en opplæring i transkulturell psykiatri som bedrer pasienttilfredshet kan innbefatte diverse ulike temaer. Blant disse har jeg identifisert følgende fem temaer som kan utgjøre større deler av undervisningen i en 9 måneders fordypning i transkulturell psykiatri: 1) selvinnsikt i egne holdninger og kulturell virkelighetsoppfatning 2) kunnskap om kulturelt betingede handingsmønstre 3) religion og spiritualitet som kulturell faktor 4) transkulturelle ferdigheter 5) bruk av tolk. En slik inndeling av aktuelle temaer er i høy grad i overensstemmelse med forslagene til Qureshi et.al. (7), Hauff (9) og Kirmayer et.al. (28).

6 Referanser

1. Lise-Merete Alpers, Ingrid Hanssen. Etniske minoritetspasienter i psykiatrien studie av helsearbeideres kompetanse [Internett]. Oslo: Lovisenberg Diakonale Høgskole; 2009 Jan 30 [sitert 2012 Mai 16]. Tilgjengelig fra http://www.ldh.no/ldh/images/stories/PDF_Word_Filer/helhetlig_rapport.pdf
2. Betancourt JR. Cultural competence--marginal or mainstream movement? N Engl J Med. 2004 Sep 2;351(10):953-5
3. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control. 1999 Feb;3(1):25-30
4. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH 3rd. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. J Gen Intern Med. 2011 Mar;26(3):317-25.
5. Cauce AM, Domenech-Rodríguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, Baydar N. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. J Consult Clin Psychol. 2002 Feb;70(1):44-55
6. Kirmayer LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. Soc Sci Med. 1989;29(3):327-39.
7. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. Eur Psychiatry. 2008 Jan;23 Suppl 1:49-58.
8. Hernandez M, Nesman T, Mowery D, Acevedo-Polakovich ID, Callejas LM. Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services. Psychiatr Serv. 2009 Aug;60(8):1046-50.
9. Hauff E. Sykdomsbilde og bruk av psykiske helsetjenester blant pasienter med innvandrerbakgrunn [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet [Oppdatert 2011 Nov 25; sitert 2012 Mai 16]. Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og->

<rus/kontrollkommisjonen-og-tvang/kontrollkommisjonskonferansen/Documents/edvard-hauff.pdf>

10. Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2010 Jun;47(6):761-9.
11. Dogra N, Conning S, Gill P, Spencer J, Turner M. Teaching of cultural diversity in medical schools in the United Kingdom and Republic of Ireland: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*. 2005 Feb 19;330(7488):403-4. Epub 2005 Jan 11.
12. Stanhope V, Solomon P, Pernell-Arnold A, Sands RG, Bourjolly JN. Evaluating cultural competence among behavioral health professionals. *Psychiatr Rehabil J*. 2005 Winter;28(3):225-33.
13. Quinones AR. Interventions to Improve Minority Health Care and Reduce Racial and Ethnic Disparities [Internett]. Washington (DC): [Department of Veterans Affairs \(US\)](#); September 2011 [Siter 2012 Mai 16]. Tilgjengelig fra <http://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/healthcare-disparities.pdf>
14. McElmurry BJ, McCreary LL, Park CG, Ramos L, Martinez E, Parikh R, Kozik K, Fogelfeld L. Implementation, outcomes, and lessons learned from a collaborative primary health care program to improve diabetes care among urban Latino populations. *Health Promot Pract*. 2009 Apr;10(2):293-302.
15. Majumdar B, Browne G, Roberts J, Carpio B. Effects of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(2):161-6.
16. Wade P, Bernstein B. Culture sensitivity training and counselor's race: Effects on black female clients' perceptions and attrition. *J Couns Psychol* 1991;38:9-15.
17. Atkinson, DR, Israel T. The future of multicultural counseling competence. I: Pope-Davis DB, Coleman HLK, Liu WM, Toporek RL, red. *Handbook of multicultural counseling competencies in counseling and psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. ss. 591–606.

18. Chun MB, Takanishi DM Jr. The need for a standardized evaluation method to assess efficacy of cultural competence initiatives in medical education and residency programs. *Hawaii Med J.* 2009 Jan-Feb;68(1):2-6.
19. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, Smarth C, Jenckes MW, Feuerstein C, Bass EB, Powe NR, Cooper LA. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care.* 2005 Apr;43(4):356-73.
20. Eike MC, Forsetlund L, Kirkehei I, Vist GE. Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk [Internett]. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24–2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010 [sitert 2012 Mai 16]. Tilgjengelig fra: www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/_attachment/11360
21. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community.* 2011 May;19(3):225-49. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x
22. Helsedirektoratet. Rammeverk for et revidert kvalitetsindikatorsystem i Norge [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2011 Nov 27 [sitert 2012 Mai 16]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/kvalitetsarbeid/Sider/default.aspx>
23. Erlen JA. Culture, ethics, and respect: the bottom line is understanding. *Orthop Nurs.* 1998 Nov-Dec;17(6):79-82.
24. Fulford KWM, Hoff P, Sadler JZ. Diversity. *Current Opinion in Psychiatry.* 20(6):570-572, Nov 2007. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f10e76
25. Jarvis GE, Kirmayer LJ, Weinfeld M, Lasry JC. Religious practice and psychological distress: the importance of gender, ethnicity and immigrant status. *Transcult Psychiatry.* 2005 Dec;42(4):657-75.

26. Kale Emine, Jareg Kirsti. Kultur, kontekst og psykopatologi, manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV. Oslo: Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse; 2010.
27. Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E. Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry*. 2003 Apr;48(3):145-53
28. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, Lo HT, Menzies P, Guzder J, Ganesan S, Andermann L, McKenzie K. Guidelines for Training in Cultural Psychiatry [Internett]. Canada: Canadian Psychiatric Association; 2012 [sitert 2012 Mai 16]. Tilgjengelig fra: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1273>
29. Kirmayer LJ. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Soc Sci Med*. 2012 Apr 23
30. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120:3420-3
31. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003 Jul-Aug; 118(4): 293–302.
32. Kirmayer LJ. Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry* 2012 Apr;49(2):149–164
33. Wikipedia contributors. Cultural competence [Internett]. Wikipedia, The Free Encyclopedia; 2012 [Oppdatert 2012 Apr 15; sitert 2012 May 25]. Tilgjengelig fra: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Cultural_competence&oldid=487533107.
34. Mazor SS, Hampers LC, Chande VT, Krug SE. Teaching Spanish to pediatric emergency physicians: effects on patient satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Jul;156(7):693-5.
35. Thom DH, Tirado MD, Woon TL, McBride MR. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC Med Educ*. 2006 Jul 26;6:38.

36. Wang S, Kim BSK. Therapist Multicultural Competence, Asian American Participants' Cultural Values, and Counseling Process. *J Couns Psychol*. 2010 Oct; 57(4): 394–401. doi: 10.1037/a0020359